

Surdouance et échec scolaire

Claudia Jankech

Abstract :

Cet article traite sur les enfants et adolescents surdoués qui ont consulté à notre cabinet. L'hétérogénéité est la règle. L'examen psychologique s'avère être un outil scientifique très utile pour comprendre le fonctionnement du sujet, aussi bien intellectuel qu'affectif. Cette compréhension permet d'orienter les différentes prises en charge psychothérapeutiques ou pédagogiques et à mettre en évidence d'éventuels troubles associés qui sont très tardivement détectés chez l'enfant et l'adolescent à haut potentiel intellectuel, masqués par une intelligence surdimensionnée qui leur permet une adaptation suffisante, qui peut, paradoxalement, les amener à l'échec. Dès lors, face à une telle variété de situations, seules les mesures adaptées au fonctionnement de l'individu singulier peuvent leur permettre de trouver la voie de l'intégration et la réussite à hauteur de leurs compétences.

L'examen psychologique avec l'enfant surdoué: une analyse scientifique du fonctionnement

En tant que psychologues, nous devrions revaloriser l'examen psychologique. Un bilan complet, affectif et intellectuel, permet en effet d'analyser le fonctionnement d'un sujet en mettant en évidence la gestion émotionnelle, la structure de la personnalité, le niveau intellectuel et la détection d'éventuels troubles associés. Il permet en outre l'évaluation des progrès (Berger (1))* . Si ce constat est valable pour tous les enfants afin de favoriser une croissance psychique harmonieuse, il s'avère particulièrement fructueux avec l'enfant surdoué non reconnu car il ne parvient pas à utiliser ses compétences.

L'hétérogénéité est fréquente chez les enfants HP, inexpliquée scientifiquement mais objectivable. Les concepts de dysharmonie élaborés à partir de sujets présentant des troubles psychopathologiques ne peuvent apporter un éclairage satisfaisant : il faudrait savoir si elle se retrouve dans la population tout venant et si elle est liée à une souffrance ou une inadaptation. Dans ma patientèle, les sujets présentant un écart important entre le verbal et le performance se portaient parfois très bien et certains présentant une grande homogénéité intellectuelle présentaient des pathologies psychiques. Terrassier (2) a parlé de dysynchronie pour illustrer les décalages entre le niveau social, intellectuel, s émotionnel chez le HP. Il en va de même pour le niveau attentionnel, la motricité, le langage écrit ou oral et du niveau scolaire. Même le sujet brillant dans tous les domaines, y compris relationnel, n'aura jamais la maturité affective de son âge mental, il lui manquera toujours l'expérience. D'ailleurs cela devrait nous réjouir car un enfant qui aurait la maturité d'un adulte serait bien malheureux. De tels contrastes peuvent exister chez un individu très doué sur le plan moteur mais limité sur le plan intellectuel mais cela interpelle moins.

Les enfants HP peuvent rencontrer des problèmes d'adaptation, constat qui a été fait dans les années 70 par le prof Ajourriaguerra (4), le premier à parler de « surdoué », constat oublié par les spécialistes. L'étude longitudinale de Terman sur ce sujet (5) a mis en évidence une image exclusivement positive des « gifted » car il n'était constitué que de bons élèves (les enseignants ayant choisi les sujets de l'étude). Or, nous rencontrons bien des enfants avec des QI très élevés qui dysfonctionnent aussi bien sur le plan scolaire que relationnel, sans forcément présenter des troubles de la lignée psychotique ou des troubles de la personnalité.

Observations faites par les neurosciences : l'enfant surdoué a un fonctionnement cérébral plus performant

E. Winner dans son ouvrage (6) mentionne que le seuil d'activation du cerveau est plus élevé chez les individus à l'intelligence hors norme(4). Selon J.C.Grubar (7), l'étude des potentiels évoqués, le surdoué transmet plus rapidement l'information au cortex. En ce qui concerne la mémoire de travail, elle serait 2,5 fois supérieure entre un sujet ayant un QI de 140 et celui avec un QI de 95, cela concerne la durée de la mémoire de stockage et la quantité d'information stockée.

La dernière recherche concerne les observations de la passation de QI sous IRM : Philipp Shaw et coll. (8) ont suivi longitudinalement 307 jeunes pendant 15 ans. Ils constatent : « les jeunes ayant un QI élevé (dans leur échantillon des QI allant de 121 à 145) se distinguent par la rapidité avec laquelle la partie pensante de leur cerveau s'épaissit puis s'amincit au cours de leur développement ». Cela signifie qu'ils ont un cerveau particulièrement plastique. Il est intéressant de constater que lors de la passation du test de QI sous IRM, les zones activées sont les zones préfrontales.

Ce fonctionnement très performant peut être en grand décalage avec le niveau de maturité affective, cette dernière étant liée à l'expérience et à la structure de la personnalité. La grande sensibilité de l'enfant HP est souvent considérée comme un manque de maturité mais serait plutôt à mettre en relation avec une « lucidité embarrassante » qui lui fait percevoir des problèmes ingérables et générateurs d'anxiété au vu de son jeune âge.

Cette hétérogénéité, entraîne souvent un regard négatif et ainsi une altération de l'image de soi, une baisse de l'estime de soi, il sera très vite taxé de « paresseux », « immature », car il est intelligent et il se comporte comme un enfant. Le bilan psychologique permet de reconnaître les compétences ainsi que les faiblesses, souvent relatives, de poser un nouveau regard sur le fonctionnement de l'enfant, plus complet et plus scientifique. Cela améliore l'estime de soi avec des répercussions importantes sur le comportement (cf. «Evaluation des mesures prises », Asep 2001) (9). L'enfant se sent mieux, reconnu. Parmi mes patients, un enfant de 10 ans avec un QI de 151 (homogène), sa maîtresse le situait dans la moyenne supérieure de la classe (il souffrait d'une dyslexie) malgré son excellence en mathématiques. Ses parents le considéraient dans la norme. Le psychologue traitant affirmait qu'il n'était pas surdoué (sans avoir pratiqué de tests). La possibilité d'être considéré en fonction de toutes ses aptitudes et particularités lui a permis de se construire une image plus cohérente de lui-même.

L'intelligence émotionnelle :

un bilan psychologique correctement mené permet de mettre en évidence la gestion émotionnelle et son influence très importante sur le fonctionnement intellectuel. Comme l'a justement dit le célèbre neuropsychologue américain Damasio (10) « je suis donc je pense » au lieu du « je pense donc je suis » de Descartes. En tant que psychologues cliniciens nous le savons depuis longtemps. Par exemple, nous constatons souvent que les anxieux doutent d'eux-mêmes et peuvent se trouver en échec ou ne pas utiliser leurs compétences.

Nous pouvons observer la gestion émotionnelle du sujet tout au long de l'examen psychologique. En effet, si le test de QI concerne incontestablement plusieurs formes d'intelligence (linguistique, logique, et visuo-spatiale notamment) la passation sollicite fortement les émotions. Ainsi, il est difficile pour certains enfants de gérer la situation d'examen au cours de laquelle l'examineur est constamment face au sujet, pose des questions non-préparées, utilise le chronomètre, le confronte à l'échec. Il est donc important d'observer les réactions du sujet mais aussi de faire un bilan affectif (entretien, dessin, tests projectifs) et refuser catégoriquement de passer le test de QI tout seul car nous devons resituer le fonctionnement intellectuel dans le cadre de la personnalité globale.

Si nous nous référons aux critères qui concernent la dite « intelligence émotionnelle », ils sont, à mon avis, indispensables pour s'adapter à la situation de test (maîtrise de soi, motivation, enthousiasme et persévérance) et observables tout au long du bilan psychologique, notamment lors de l'entretien clinique (conscience de soi, empathie, adéquation sociale).

Les tests projectifs sont indispensables si les parents ou les enseignants signalent des troubles relationnels, comportementaux ou tout autre symptôme invalidant et, bien sûr, si le sujet est en souffrance. Des questionnaires tels que le R-CMAS (anxiété) (11) ou le MDIC (échelle de dépression) (12) s'avèrent par ailleurs des outils fiables et rapides à utiliser, nous permettant de détecter des troubles qui ne sont pas toujours visibles, même aux épreuves projectives.

Une gestion émotionnelle difficile peut parfois, expliquer l'inadaptation scolaire. L'évolution du QI de deux filles testées 3 fois au cours de leur enfance met en évidence l'hétérogénéité des niveaux au fil du temps.

Variation au cours du développement du QI total chez deux filles HP

	1er test (enfantine)	2ème test (primaire)	3ème test (secondaire)
Fille (exemple no 1)	WPPSI R : 115 global	WISC III 110	WISC IV 138
Fille (exemple no 2)	WPPSI R : 114 global (Columbia : 132)	WISC III 136	WISC IV 125 ICV 130, IRP132 IVT 106, IMT 94

Il s'agit là de deux exemples parmi tant d'autres. Il semble dès lors important de rester très prudents avant de se prononcer sur le potentiel intellectuel d'un patient. En effet, le **QI mesure l'utilisation de l'intelligence** dans des conditions et des étalonnages standardisés. A partir de cette mesure nous inférons le potentiel, ce qui implique que le résultat peut ne pas correspondre au potentiel du sujet. Les retests sont essentiels, à condition de respecter un intervalle de 2 ans (sauf si l'enfant change de tranche d'âge). En effet, si avec un QI égal ou supérieur à 130, nous sommes incontestablement face à un enfant très supérieurement doué, il est au contraire très difficile, dans certains cas, d'affirmer le contraire. Les données anamnestiques et l'observation de l'enfant, en famille et à l'école, sont très importantes pour faire l'hypothèse d'un décalage entre le potentiel et son utilisation. Cette hypothèse sera d'autant plus probable que la réussite aux épreuves liées à l'intelligence verbale, logique et à l'abstraction, est très supérieure. Les causes de cette mauvaise utilisation des aptitudes est à chercher dans le fonctionnement du sujet et liées à des problèmes spécifiques de type affectif ou instrumental.

L'échec scolaire du surdoué (voir paragraphe no 5 sous Présentations)

Surdouance et troubles associés

Au début de ma pratique intensive avec l'enfant à haut potentiel intellectuel, j'avais tendance à penser que face à un QI très élevé et homogène, nous pouvions, avec forte probabilité, exclure un trouble associé de type thada. Très rapidement, j'ai constaté que le dysfonctionnement de l'enfant surdoué à l'école peut, fréquemment, être attribué à une difficulté au niveau du langage écrit (dyslexie) et de l'attention (déficit d'attention). Même si la première cause reste l'inadaptation au niveau de l'enseignement reçu et les difficultés relationnelles.

Données scientifiques

D'après mon expérience, le nombre de HP qui ont eu besoin de psychothérapie (cf. mon étude sur 90 enfants HP sur le compte rendu du congrès Asep 2001(9)) est de 20%. Ce pourcentage semble correspondre aux résultats des recherches sur les sujets tout-venant. En effet, La prévalence des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent a été abondamment étudiée. Elle constitue actuellement un problème majeur de santé publique. Les recherches actuelles l'estiment autour de 20% (15), les auteurs citent en particulier le livre de Roth et Fonagy : « What works for Whom ? A critical review of psychotherapy research ». Abella et Manzano soulignent notamment que les pathologies sont « estimées banales et tendant spontanément à disparaître, et ceci d'autant plus si elles n'affectent pas sévèrement l'adaptation sociale ou les apprentissages scolaires et ne dérangent pas fortement leur entourage ».

L'étude de Escribe, Rogé, Blicharscky (16) effectuée sur 98 enfants de l'ANPEIP (Association Nationale pour les Enfants Intellectuellement Précoces, France) met en évidence un taux bien supérieur et c'est seulement 31% de ces enfants, de 10 à 15 ans, qui ont été retenus n'ayant pas de problèmes d'adaptation ni de pathologie psychique.

Les études faites avec les enfants HP posent un problème important d'échantillonnage : en effet, quoique le groupe provenant d'une association ne soit pas un groupe clinique, il ne correspond pas forcément non plus à un échantillon représentatif des sujets à haut potentiel intellectuel correspondant, au dessus de 130 de QI, à 2% de la population générale.

La recherche de Terman (Gifted grows up, 5) a décrit un tableau très optimiste à partir des enfants qu'ils ont suivis longitudinalement pendant plusieurs années. Il a par exemple mis en évidence que ces enfants dormaient très bien. Actuellement, au sein de l'ASEP, le taux de difficultés de sommeil est important (62% (9)). La recherche de Escribe et coll met également en évidence un taux très important de troubles du sommeil (60,42% ayant des troubles du sommeil à 10 ans). En ce qui concerne d'autres troubles il faut relever qu'ils ont mis en évidence : 55,21% de troubles dépressifs, 31,25 % de troubles alimentaires et 25% de problèmes visuels.

La différence entre ces études est avant tout une différence la constitution de l'échantillon : alors que Termann a choisi les surdoués à travers les enseignants, qui ont évidemment signalé les bons élèves, et dépeint une évolution très favorable de ces enfants, les autres (aussi bien mon étude que celle de Escribe et coll) partent de groupes d'enfants ayant rejoint une consultation ou une association car, dans bien des cas, ils présentent des troubles. En ce qui concerne ma consultation, 12% des enfants et adolescents venaient par simple curiosité le reste présentait des problèmes, plus ou moins

importants, dans les domaines scolaire, relationnel et/ ou comportemental. Soulignons par ailleurs que l'étude de Escribe a été étudiée grâce à une analyse statistique ce qui n'est pas le cas de mon travail qui est à considérer plus comme une photographie de mes consultants que comme une recherche scientifique, que je n'ai pas le moyen de mener en cabinet privé. Nous pouvons toutefois faire l'hypothèse que, dans la population totale des HP, ceux qui ne rejoignent pas une association ou ne consultent pas, ne sont pas forcément des enfants qui vont très bien mais également des enfants en grande souffrance dont le haut potentiel n'est pas détecté ou considéré.

Il s'agit donc de retenir que la surdouce reste un facteur de risque important et que, c'est surtout au cours de leur développement que les problèmes apparaissent. Ainsi, Escribe et collaborateurs concluent : « Nos résultats nous éloignent d'une attribution causale impliquant uniquement des prédispositions biologiques, ils nous rapprochent d'une causalité d'avantage déterminée par des facteurs contextuels et des dégâts occasionnés par des stress chroniques. » Et les auteurs de conseiller : « l'urgence d'une prise en compte plus consensuelle ». Comme pour l'échec scolaire, qui devient important à partir de 11-12 ans, les problèmes apparaissent ou sont détectés au cours de la croissance.

I. Le TDAH: trouble déficit d'attention avec hyperactivité : Troubles hyperkinétiques (ICD-10 : F90)

Le thada se manifeste de manière très différente chez un enfant HP. L'enfant HP souffrant d'un déficit d'attention sera capable de se concentrer dans des activités intéressantes et adaptées à son niveau intellectuel. Par contre, s'il est en classe, avec un enseignement à un rythme trop lent et peu adapté à son niveau, il présentera des difficultés d'attention, d'organisation très importantes, et/ou des difficultés d'intégration avec ses pairs.

⇒ Exemple no 1: Pendant la passation de la partie verbale du WISC III, Arthur n'a pas cessé de arpenter la pièce, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir un QI verbal de 148 mais un QI performance de 93 car l'orientation spatio-temporelle et le graphisme semblaient compromis, il n'arrivait pas à rester assis et canaliser son attention, était-ce la cause de cette dysharmonie entre verbal et performance? (code 1, cubes 7, symboles 8). La prise de Ritaline a très rapidement amélioré le fonctionnement de cet enfant, notamment le problème de comportement aussi bien en classe qu'à la maison.

⇒ Ce qu'il est important de souligner : on ne peut pas décrire un tableau typique du HP souffrant de Thada. Parfois le comportement est difficile et l'enfant n'a pas de problème scolaire, ou bien d'autres fois le verbal est très bon et le performance beaucoup plus bas mais le contraire existe aussi. D'autres fois les indices intellectuels sont bons et seulement les indices vitesse et mémoire de travail sont bas.

Il est important d'exclure un trouble de la personnalité, une dépression ou tout autre trouble de la sphère affective.

Critères diagnostiques : alors qu'il faut que les symptômes se relèvent dans les deux domaines (scolaire et familial), chez les HP il ressort clairement que, très souvent, les symptômes ne se manifestent pas dans les deux endroits.

II Troubles des conduites (ICD-10 : F91)

Les critères ICD 10 pour ce diagnostic sont : un résultat de 10 points inférieurs à l'échelle de Bayley, faibles capacités de symbolisation et de langage, donc plutôt un développement cognitif faible. Il faut donc être très prudent avec ce diagnostic lorsqu'il s'agit d'un enfant surdoué intellectuel. Dans mon échantillon les parents parlent de manifestations comportementales dérangeantes telles que l'opposition, les crises de colère dans le cadre familial ou de comportement inadéquat à l'école. La plupart des enfants que j'ai rencontrés dans le cadre d'un bilan pour détecter la surdouce et pour lesquels les parents évoquaient des difficultés comportementales, ont vu leur comportement s'améliorer suite au diagnostic de surdouce (69%, cf présentation sur l'EVALUATION DES MESURES PRISES (9).

⇒ Exemple no 6: Garçon examiné en 1P vu ses problèmes comportementaux très importants en classe. Suite à la mise en évidence de sa surdouance et une adaptation de l'enseignement (saut de classe) l'enfant se calme, participe et ne pose plus de problèmes. J'ai revu ce jeune qui finit actuellement son école obligatoire, sans avoir eu des problèmes de comportement mis à part une tendance à donner facilement son avis aux enseignants, ce qui est considéré comme de l'insolence.

III Les troubles du langage: dysphasie (ICD-10 : F80), retard d'apparition du langage, dyslexie/dysorthographe (ICD-10 : F81) :

La dysphasie est souvent diagnostiquée très précocement dans la vie de l'enfant. Mais chez les enfants surdoués il arrive que les troubles soient détectés plus tardivement, notamment la dyslexie.

1) La dysphasie

Les enfants dyslexiques ont souvent présenté une dysphasie dans la petite enfance. Sur le tableau suivant nous retrouvons l'évolution d'un garçon dysphasique qui s'est avéré surdoué.

Garçon 1er examen à 4ans 5 mois	1er bilan QI verbal inévaluable Non verbal Columbia 131	2ème bilan QI verbal 86 Non verbal 131 Global 110	3ème bilan QI égal ou supérieur à 130
---------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------

2) Au niveau du langage écrit :

En ce qui concerne la dyslexie : dans les petites classes, et parfois jusqu'en 7ème , un enfant supérieurement ou très supérieurement surdoué peut masquer complètement un tel trouble. L'enfant s'adapte toujours, il va donc apprendre les lectures par cœur, lire en diagonale (quelques mots clés lui suffiront pour comprendre l'ensemble), déduire les consignes à partir du contexte (très souvent abondamment illustré). A ce sujet, la remarque d'une fillette ne sachant pas lire et présentant un QI supérieur à 130 est instructive : lorsque je lui demande comment elle se débrouille à l'école pour avoir des appréciations excellentes en français sans savoir lire elle me répond : « moi je lis seulement quand je ne comprends pas ». Vu les fiches qu'elle doit remplir à l'école alors qu'elle a une surcapacité évidente, cette enfant navigue à travers les apprentissages sans lire. Elle obtient des notes excellentes mais elle n'exerce pas sa lecture, sans aide en 5ème elle sera en échec.

Exemple : Marcel, pour éviter sa dysorthographe, utilise uniquement des mots qu'il sait orthographier, comme il est très intelligent il trouve facilement des structures de phrases différentes et des synonymes possibles afin d'écrire des mots pour lesquels il est sûr.

Exemple no 3: pour Sébastien, dont la dyslexie a été détectée à 12 ans, que je rencontre en 9ème VSO (voie secondaire à option, VD), l'évolution a été difficile : il a fait une dépression suite à l'échec en français dont le résultat insuffisant lui a fermé la voie vers le baccalauréat et l'a conduit dans une voie de garage. Le parcours de Sébastien n'est pas considéré par le système scolaire vaudois comme un échec. Au vu de ses capacités et ses aspirations, cet adolescent pourrait être en voie baccalauréat.

QI global: 116, verbal 111, performance 117
Compréhension verbale: 113 (information bas), organisation perceptive 123
Indices de BROWN: Indice verbal 120,8, Indice spatial 119,8, Indice de concentration non calculé mais code à 8 et arithmétique à 9
PM de RAVEN: 57/60, très supérieur au centile 95 ce qui correspond au niveau cent 95 de BAC/BAC+2

(cf : Compte rendu des conférences organisées le 12 mai 2007 : Intelligence et Dyslexie, à Lausanne (17))

3) De la nécessité de détecter et traiter très précocement : la récupération est souvent spectaculaire pour la lecture, vu leur curiosité intellectuelle, leur envie d'apprendre et de découvrir tout ce qui touche à la connaissance ou aux histoires (nombreux sont les HP qui déclenchent la lecture grâce à Harry Potter) et elle sera d'autant plus importante que l'intervention de la logopédiste sera précoce. De plus, il faut absolument tenir compte de l'écart entre le niveau de lecture et le niveau intellectuel. Ecart qui se fera sentir très fort chez des enfants qui ont envie souvent de lire très tôt.

Précocement, cela signifie pour moi au plus tard à 6 ans. Les enfants que j'ai rencontrés ayant bénéficié de logopédie très rapidement ont pu développer un plaisir et un niveau de lecture très élevé et en rapport avec leur intelligence. Par contre, ils restent dyslexiques dans de nombreux domaines (inversions, attention au niveau de l'écrit...) et ont souvent une dysorthographe tenace.

Une association dévastatrice : Thada, surdouance et dyslexie/dysorthographe:

la surdouance commence par masquer le déficit d'attention, puis la difficulté d'attention fait obstacle à l'apprentissage de la lecture et ainsi la surdouance n'est plus visible.

⇒ Exemple no 4 : Martial me consulte après avoir fini ses 4 ans de primaire de manière plus ou moins difficiles, au cours de laquelle la surdouance a été détectée en premier lieu, ensuite la dyslexie. Malheureusement, le traitement a été arrêté en 3/4P. En 4ème un thada est diagnostiqué et en 5ème c'est la débandade. C'est alors que je le vois pour la première fois. Le bilan que j'effectue alors met en évidence : un QI total de 131 (ICV 146, RP 124, MT 103, VT 115), un niveau de lecture de 7 ans 7 mois (objectivé par le test de l'Alouette par la logopédiste), et un déficit d'attention visible, notamment à l'école. Ce qui est caractéristique des HP souffrant de Thada, dont les symptômes n'apparaissent dans toutes les situations. Actuellement, ce garçon est sous Ritaline et il s'organise mieux, parvient à se mettre au travail, n'oublie pas ses affaires. Il semble rétrospectivement, que le déficit d'attention ait aggravé la dyslexie dont la gravité a été masquée par la surdouance.

⇒ Exemple no 5 : Balthazar, vu en consultation pendant l'école enfantine, ce garçon était perçu par sa mère comme un hyperactif mais son niveau intellectuel. Toutefois, vu son trouble du comportement et son besoin de toute puissance ce diagnostic est écarté. Il présente un QI de 120 et je conseille une psychothérapie. Il va développer une dyslexie. Après psychothérapie et un traitement logopédique, il va mieux, au test de QI il ressort qu'il présente un QI T de 136, avec un QI V de 141, un QIP de 119, un niveau aux matrices de Raven est supérieur au centile 95) mais les tests d'attention (test de Stroop, test d'Appariement d'images) ont mis en évidence un déficit d'attention. Un traitement à la Ritaline est instauré et en 6ème un soutien pédagogique avec M. Anthamatten (cf HP et échec scolaire) il réussit scolairement et entre en voie baccalauréat.

IV. Les troubles émotionnels (ICD-10 : F93)

1) Le repli social

L'enfant a peu de moyens d'expression et toutes les situations difficiles sont lisibles dans son attitude envers l'entourage. L'enfant qui s'agite sera vite envoyé chez un psychologue, l'enfant introverti le sera moins souvent.

Exemple no 7: un garçon arrivé en consultation suite à un repli important en classe en 2ème enfantine, suite au bilan permettant de mettre en évidence un QI supérieur à 130, il devint participatif et réussit à montrer ses capacités en classe, inhibées car il avait une grande différence entre intelligence et grapho-motricité.

2) L'inhibition intellectuelle

Les sujets souffrant d'une inhibition intellectuelle n'obtiennent pas des QI du niveau de la surdouance car leur dysfonctionnement intellectuel peut être important et se répercute au cours du test. Le QI verbal est fréquemment plus bas que le QI performance (profil fréquent chez les enfants qui sont en classe de développement) et inférieur à la norme.

Certains ont un raisonnement logique très bon sur le plan non verbal mais échouent au niveau du QI verbal.

Il y a une inhibition de la pensée dans ce cas pour un enfant très supérieurement doué il s'agit d'une auto-mutilation de son intelligence (telle que l'a décrite Gauvrit).

L'inhibition intellectuelle est à traiter par une psychothérapie, impérativement, pour donner la possibilité au sujet de se permettre de trouver, ou retrouver, la liberté de penser, indispensable pour soutenir l'intelligence et éviter que cette dernière ne devienne « stérile ». La souffrance de l'enfant est « amortie » en grande partie par l'inhibition de la pensée chez ceux qui gardent une possibilité d'agir mais elle est très importante chez ceux qui ratent à l'école tout en ayant un bon niveau intellectuel, notamment au niveau du raisonnement.

3) La névrose : diagnostic réservé aux adultes (F34, F40, F42) dans l'ICD-10. Elle est définie par le conflit intrapsychique entre les instances morales et le moi du sujet. La névrose peut être favorisée par un écart important entre maturité affective et intelligence. Le conflit intérieur entre idéal du moi, surmoi, et pulsions peut s'avérer très fort. Le contrôle excessif des mouvements pulsionnels, notamment l'agressivité, peut favoriser la formation de symptômes (phobies par exemple). L'enfant surdoué présente donc parfois un profil diagnostique proche plus proche de l'adulte.

4) L'hyperanxiété (F93.8): la lucidité, la précocité et la sensibilité du surdoué l'amènent à trop anticiper des difficultés sans pour autant avoir, du fait de l'immaturation naturelle de l'enfant, à maîtriser les situations comme pourrait le faire un adulte. Il peut de surcroît avoir des troubles anxieux au sens diagnostic du terme, c'est-à-dire qu'ils seront invalidants, le principal critère étant sa souffrance et l'effet du point de vue intellectuel et affectif.

5) Les troubles envahissants du développement (F84) : Termann a relevé moins de 1% de psychoses dans son étude longitudinale. Le HP peut souffrir de tels troubles, qu'il peut masquer plus longtemps que l'enfant tout venant. Des tests projectifs sont souvent indispensables pour les détecter. La définition des troubles de la lignée psychotique fait l'objet de controverse : faut-il parler de troubles psychotiques quand la personne vit un équilibre psychique satisfaisant tout en ayant une « structure » psychotique telle qu'il est possible de mettre en évidence à travers les tests projectifs ou doit-on réserver ce diagnostic aux sujets décompensant sur le mode psychotique (perte de contact avec la réalité, grave trouble relationnel, comportements rigides, ritualisés, stéréotypés) comme l'étude de Termann.

Si les enfants surdoués peuvent présenter des troubles de cette lignée, et il n'existe aucune étude montrant un lien spécifique entre surdouance intellectuelle et psychose.

Ces troubles constituent les plus fréquents. Cette liste n'est pas exhaustive.

⇒ Il n'y a pas de preuve scientifique que les HP présentent des pathologies psychiatriques plus nombreuses et/ou plus graves. Il est ainsi indispensable de bien se rappeler que les HP qui consultent présentent des problèmes, ils aboutissent ainsi dans les services psychiatriques ce qui peut amener les spécialistes à penser qu'ils représentent les sujets surdoués.

Pourquoi le diagnostic est particulièrement difficile avec l'enfant HP ?

De mon expérience (environ 300 enfants HP), le diagnostic est masqué par l'intelligence élevée. Ceci pour différentes raisons :

- 1) l'intelligence amène l'enfant à essayer de se comporter de façon à correspondre à ses propres attentes et à l'attente de son entourage (parents, enseignants). L'intelligence va l'amener à exercer un contrôle sur ses affects, à masquer ce qu'il perçoit comme un dysfonctionnement ou une déviation du comportement.
- 2) A force de tenter de bien se comporter et d'être gratifié de félicitations, il finira souvent par imaginer que les adultes l'aiment parce qu'il est performant, bon élève, sage...ceci va le conforter dans une tendance excessif de contrôle.
- 3) Cet excès de contrôle va l'amener à cacher tous les problèmes qu'il pourra rencontrer et qu'il pressent être des déviations
- 4) Il va développer des stratégies compensatoires afin de ne pas montrer ses problèmes, ceci est notamment visible en cas de dyslexie.
- 5) Ses capacités de contrôle lui garantiront des résultats scolaires au moins suffisants
- 6) Il va réussir à rester en bons termes avec ses camarades, personne n'imaginera sa souffrance et lorsqu'il en parlera ses interlocuteurs lui diront qu'il exagère. Sa souffrance sera invalidée et il se retrouvera isolé.
- 7) L'idéalisation de l'intelligence nous amène encore et toujours à penser que quelqu'un d'intelligent doit toujours s'en sortir. Cela amène souvent l'entourage à ne pas détecter les problèmes associés à la surdouance et à ne pas consulter si les résultats scolaires sont moyens.

Mesures nécessaires

1. Pédagogiques : elles sont pratiquement toujours incontournables pour les HP qui consultent. Elles sont indispensables pour ceux qui sont en difficultés scolaires mais aussi pour ceux qui se reposent sur leurs capacités, sans faire d'efforts. Elles peuvent parfois constituer une vraie réanimation intellectuelle. Il est nécessaire de remplir quelques conditions : le travail doit être accompli par un pédagogue qui comprenne les HP et qui sache s'appuyer sur leurs capacités, notamment logiques, exceptionnelles de ces enfants. Telles que celle proposée par Jean Claude Anthamatten (cf www.jankech.ch, le chapitre Le Surdoué en échec scolaire). L'appui pédagogique n'est pas la seule mesure possible mais la plus profitable, car elle permet à l'adolescent de reprendre pied sans changer de milieu et d'apprendre à apprendre, à entrer finalement dans un processus d'apprentissage. Pour certains, une école pour enfants HP peut être nécessaire, surtout s'il est en souffrance sur le plan relationnel et qu'il s'ennuie scolairement. L'ennui scolaire ne peut être supporté dans certains cas si l'adolescent est au moins bien intégré socialement. Les troubles associés, quels qu'ils soient, n'excluent que rarement la nécessité de mettre sur pied des mesures pédagogiques. Il est en effet très rare qu'un élève parvienne à réussir grâce à une psychothérapie. Pour certains enfants, il est indispensable de les intégrer parmi des pairs HP afin qu'ils puissent s'ouvrir. Les associations, les écoles privées ou les classes du mercredi peuvent lui permettre de s'identifier à des enfants fonctionnant comme lui.

Le saut de classe est une mesure très profitable, particulièrement en enfantine et en primaire. Les surdoués ayant raccourci un cycle et ne souffrant pas de troubles associés, se sont sentis mieux avec des enfants plus âgés (12 sur 20) ou n'ont pas vu de changement (8 sur 20), selon mon étude de 2001 (9).

2. Psychothérapeutiques : des psychothérapies individuelles, ou en groupe. Le regard du psychothérapeute doit être bienveillant et valorisant par rapport à la surdouance, c'est primordial, pour ne pas répéter la marginalisation ou l'incompréhension vécue dans son quotidien. Les prises en charge en groupe sont très porteuses car l'enfant HP réalise qu'il n'est pas seul à souffrir malgré des compétences excellentes, d'inadaptation et de mauvaise estime de soi.

3. Pédago thérapeutiques : traitement logopédique et/ou psychomoteur afin de favoriser l'investissement des apprentissages scolaires le plus tôt possible, de combler des écarts qui seront source d'échec (29% des garçons et 21% des filles HP ont une motricité moins performante, ASEP 2001 (9).

Conclusion :

La solution standard n'existe pas et la décision doit être prise en tenant compte du fonctionnement mais aussi des souhaits et des limites de l'enfant. La solution de le laisser s'ennuyer à longueur de journée en classe tout en l'accablant d'activités extrascolaires s'avère souvent être une très mauvaise solution car l'enfant n'apprend pas à affronter l'apprentissage. De plus, ses nombreuses activités le priveront de moments de loisirs informels avec ses pairs.

La mise en place de solutions doit s'appuyer aussi sur l'examen psychologique et l'analyse du fonctionnement, souvent hétérogène.

Accepter l'hétérogénéité, bien l'analyser et, si nécessaire, traiter les domaines en difficulté ou la gérer. Finalement, nous devons aider les pédagogues à poser un regard plus bienveillant sur les enfants différents et leur donner des outils pour comprendre leur fonctionnement. La reconnaissance reste le premier et le plus important pas vers l'intégration de tous les enfants hors norme. La volonté politique pourrait, en favorisant le changement des cursus scolaires, favoriser la différenciation dès la primaire en pratiquant l'enseignement à niveau, comme cela se pratique aux Etats-Unis. Cela favoriserait l'intégration des enfants en déficit intellectuel comme les enfants surdoués.